

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE  
DIREITO

GABRIELLA VILELA OZORES

**ABORTO COMO UM DIREITO REPRODUTIVO E SEXUAL DA  
MULHER: uma abordagem em face ao Zika vírus**

SÃO PAULO  
2019

GABRIELLA VILELA OZORES

**ABORTO COMO UM DIREITO REPRODUTIVO E SEXUAL DA  
MULHER: uma abordagem em face ao Zika vírus**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca examinadora da  
Universidade Presbiteriana  
Mackenzie como requisito parcial à  
obtenção do grau de bacharel em  
Direito. Orientadora: Profa. Ms. Lia  
Cristina Campos Pierson

SÃO PAULO

2019

GABRIELLA VILELA OZORES

**ABORTO COMO UM DIREITO REPRODUTIVO E SEXUAL DA  
MULHER: uma abordagem em face ao Zika vírus**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à banca examinadora da  
Universidade Presbiteriana  
Mackenzie como requisito parcial à  
obtenção do grau de bacharel em  
Direito.

Aprovada em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Ms. Lia Cristina Campos Pierson**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

**Profa. Martha Solange Scherer Saad**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

---

**Profa. Maria de Fátima Monte Maltez**  
Universidade Presbiteriana Mackenzie

# **Aborto como um direito reprodutivo e sexual da mulher: uma abordagem em face ao Zika vírus**

Gabriella Vilela Ozores<sup>1</sup>

## **RESUMO**

O presente trabalho busca discutir a possibilidade da interrupção da gravidez, com ênfase em fetos diagnosticados com microcefalia. Aborto sempre foi um tema muito discutido na sociedade, entretanto, desde 2015, voltou à tona com o aumento no número de recém-nascidos diagnosticados com o distúrbio neurológico da microcefalia, em razão da contaminação da genitora pelo Zika vírus. A epidemia desse vírus surgiu exatamente em 2015 com a falta de controle do mosquito *Aedes aegypti*. Aborto é considerado crime no Brasil, exceto quando gera risco de vida para a genitora, quando a gestação é resultante de um estupro ou se o feto for diagnosticado com anencefalia. Entretanto, mesmo sendo ilegal, as mulheres, em situações precárias, têm praticado o aborto e muitas acabam falecendo, fazendo com que essa discussão não seja somente ideológica, mas principalmente um caso de saúde pública.

**Palavras-chave:** Aborto. Microcefalia. Zika vírus. Epidemia

## **ABSTRACT**

The goal of this Project is to discuss the possibility of termination of pregnancy, with emphasis on fetuses diagnosed with microcephaly. Abortion has Always been a hotly debated topic in society, but since 2015 it has surfaced with increasing number of newborns diagnosed with microcephaly neurological disorder, due to contamination of the mother with Zika vírus. The epidemic of this virus came exactly in 2015 with the lack of control of the mosquito *Aedes aegypti*. Abortion is considered a crime in Brazil, except when it causes life threatening to the mother, when pregnancy results from rape or if the fetus is diagnosed with anencephaly. However, even though it is illegal, women in precarious situations, are practicing abortion and many die, making this discussion not only ideological, but mainly a case of public health.

**Keywords:** Abortion. Microcephaly. Zika virus. Epidemic

**SUMÁRIO** Introdução 1. O distúrbio Neurológico e a Epidemia do Zika vírus 2. Breves Apontamentos sobre a Microcefalia 2.1 A epidemia do Zika vírus 2.2. O aborto 3. A Possibilidade de Aborto de Feto com Microcefalia 3.1 O direito de Escolha da Mulher 3.2 Conclusão.Referências

---

<sup>1</sup> Bacharelada da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie

## INTRODUÇÃO

A epidemia do Zika vírus surgiu em 2015 e, desde então, alarma a sociedade e a saúde pública, principalmente entre as famílias que desejam engravidar.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Zika vírus é um arbovírus, ou seja, é transmitido por picadas de insetos, especialmente mosquitos. Entretanto, a doença gerada por ele apresenta riscos superiores a de outras arboviroses, como por exemplo, o desenvolvimento de complicações neurológicas, sendo uma das principais complicações a microcefalia (BRASIL, Ministério da Saúde).

Após o surto da doença causada pelo vírus, em 2015, foi descoberto que esse agente infeccioso poderia estar relacionado com o aumento de casos de microcefalia, um estado clínico de distúrbio neurológico. A suspeita de transmissão materno-fetal estava relacionada ao fato de o surto causado pelo Zika vírus ser um elemento novo e ter tido correspondência espaço-temporal com casos de microcefalia ao nascimento (TEIXEIRA et al., 2016).

A microcefalia é um sinal clínico e sua identificação se dá quando a medida do perímetro cefálico é menor, quando comparada com crianças do mesmo sexo e idade. Ela é considerada grave quando o perímetro cefálico é menor que -3 (MOORE et al., 2013).

Os nascimentos de crianças com malformações congênitas ou com doenças raras representam um desafio para os sistemas de saúde, no que tange a alocação de recursos e desdobramentos sociais. As malformações congênitas abrangem alterações estruturais, metabólicas ou funcionais que resultam em anormalidades físicas e também mentais (POLITIA, FERRARI, MORAES, TACLA, 2013, apud CHANES E MONSORES, 2016).

Um bebê diagnosticado com o distúrbio neurológico da microcefalia poderá ter expectativa de vida semelhante a de outros bebês que não possuem tal distúrbio, entretanto, isso depende do grau da doença, de sua gravidade, se existem síndromes relacionadas e se ao longo da infância essa criança terá um acompanhamento adequado e um tratamento profissional que auxilie a ter melhor qualidade de vida (QUEIROZ, 2017).

O transcurso entre a gestação e o nascimento de um feto com microcefalia conecta duas polêmicas modalidades da terminalidade da vida: o aborto e a eutanásia de recém-nascidos (ROBERTSON, 1976, apud CHANES E MONSORES, 2016).

O tema principal do presente estudo é sobre a possibilidade da autorização para realização de aborto em fetos diagnosticados com microcefalia.

A discussão sobre a legalização do aborto como um direito de escolha da mulher também coloca em questão o direito à vida do feto, entretanto, a autorização poderia resultar

na efetivação de outros direitos constitucionais, como, por exemplo, a dignidade da pessoa humana.

Existem grupos “pró-vida” e “pró-escolhas” que, ora leva em consideração a inviolabilidade da vida humana, ora a maximização de liberdade individual e de argumentos de qualidade de vida (RIBEIRO, 2012, apud CHANES E MONSORES, 2016).

Dentro desse contexto, devido as limitações enfrentadas pelos portadores desse sinal clínico, se discute a possibilidade de descriminalização do aborto nos casos em que o feto seja diagnosticado com essa condição neurológica de microcefalia.

## 1. O distúrbio neurológico e a epidemia do Zika vírus

### 1.1 Breves apontamentos sobre microcefalia

O distúrbio neurológico chamado microcefalia é uma malformação congênita que faz com que o cérebro não se desenvolva de maneira esperada. Existem duas classificações: a microcefalia congênita, que já é verificada quando a criança nasce e a microcefalia pós-natal, quando ocorre uma falha no crescimento do perímetro cefálico após o nascimento do bebê (BRASIL, 2015).

É considerada um sinal clínico e não uma doença, de acordo com HARRIS (2015):

Microcefalia não é uma doença em si, mas um sinal de destruição ou déficit do crescimento cerebral, podendo ser classificada como primária (de origem genética, cromossômica ou ambiental, incluindo infecções) ou secundária, quando resultante de evento danoso que atingiu o cérebro em crescimento, no fim da gestação ou no período peri e pós-natal. As sequelas da microcefalia vão depender de sua etiologia e da idade em que ocorreu o evento, sendo que, quanto mais precoce a afecção, mais graves serão as anomalias do sistema nervoso central (SNC).

E, ainda, segundo o Ministério da Saúde:

A microcefalia pode ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e fala, além de problemas de visão e audição. Cerca de 90% das microcefalias estão associadas com retardo mental, exceto nas de origem familiar, que podem ter o desenvolvimento cognitivo normal. O tipo e o nível de gravidade da sequela vão variar caso a caso. Tratamentos realizados desde os primeiros anos melhoram o desenvolvimento e a qualidade de vida da pessoa.

O sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) define a microcefalia como um perímetro cefálico  $\geq 3$  desvios-padrão abaixo da média para idade e sexo. Tem sido

caracterizada em bebês nascidos com 37 semanas de gestação, ou mais, preferivelmente após as primeiras 24 horas do nascimento ou até a primeira semana de vida. Para meninas a medida é igual ou inferior a 31,5 centímetros e para meninos, igual ou inferior a 31,9 centímetros (BRASIL, 2016).

E para detectar a doença a Organização Mundial da Saúde (2016), explica:

Para detecção da doença, a medição do perímetro cefálico deve ser realizada em até 24 horas após o nascimento e, no máximo, dentro da primeira semana de vida. Atualmente, a OMS (2016) considera portadora de microcefalia a criança nascida com as seguintes medidas: (a) para menino, perímetro cefálico igual ou inferior a 31,9 cm e (b) para menina, igual ou inferior a 31,5 cm (BRASIL, 2017, apud PEREIRA, Viviana, 2018).

A microcefalia pode ser genética ou adquirida. As formas adquiridas os fatores atuam durante o desenvolvimento intrauterino do cérebro e incluem infecções maternas (toxoplasmose, citomegalovírus, herpes vírus, rubéola, HIV, e a mais nova descoberta, o Zika vírus) (NUNES et al., 2016).

As sequelas dessa condição são severas:

As sequelas decorrentes da microcefalia que acarretam prejuízos no desenvolvimento neuropsicomotor dependem do acometimento do cérebro e do grau do comprometimento do tecido cerebral. Segundo Merritt (1977) na perspectiva pós-natal, a microcefalia não é propriamente uma deficiência, mas pode acarretar no surgimento de uma deficiência física como consequência da agressão ao cérebro; as alterações podem ocorrer porque o cérebro precisa de espaço para se desenvolver, mas o crânio restringe (BERTUOLI, 2016).

BERTUOLI (2016) ainda explica:

A condição da microcefalia repercute negativamente no desenvolvimento da criança, a evolução neuropsicomotora da mesma costuma ser lenta, o comprometimento intelectual na maioria dos casos é severo, e o comportamento dessas crianças costuma ser atípico, podendo evidenciar a presença de choro e irritabilidade contínua, entre outros acometimentos (PERREIRA, 2011). As dificuldades e limitações da criança com deficiência e/ou atraso do desenvolvimento neuropsicomotor podem apresentar relação com seu desempenho ocupacional. É necessário compreender os acometimentos e limitações de cada criança com microcefalia, e trabalhar junto as suas potencialidades e competências, na perspectiva de promover o maior ganho de habilidades possíveis para ajudá-la a ser capaz de desempenhar suas ocupações (BERTUOLI, 2016).

BERTUOLI (2016) ressalta que ao lidar com criança com microcefalia se faz necessário entender as implicações no desempenho ocupacional dela, bem como o papel da família no processo de acolhimento e assistência à essas crianças.

A presença de uma criança com deficiência na família faz com que todos os membros vivenciem choque e medo em relação a esse fato, assim como dor e ansiedade ao imaginar quais serão as implicações futuras (BARBOSA et al., 2004). O impacto causado pelo diagnóstico da criança com deficiência na família se caracteriza pela mistura de sentimentos extremos, como amor e ódio, alegria e sofrimento, aceitação e rejeição, euforia e depressão, além de sentimentos de angústia, como o medo, a culpa e vergonha (AMARAL, 1995 apud BERTUOLI, 2016).

Não há tratamento específico para a microcefalia, mas as crianças com essa condição necessitam acompanhamento médico periódico:

Não há tratamento específico para microcefalia. É importante que as crianças afetadas sejam seguidas por uma equipe multidisciplinar. As primeiras intervenções devem ser com estimulação e programas divertidos podem ter um impacto positivo no desenvolvimento. Aconselhamento familiar e apoio aos pais também são importantes. De forma geral existe uma série de cuidados integrais à saúde destas crianças e de seus familiares que envolvem políticas públicas e diversificados serviços de saúde (WHO, 2016 apud CÂMARA, Ana Patrícia, 2018).

A microcefalia é considerada uma doença rara, no entanto, em 2015, ocorreu um aumento inesperado do número de crianças nascidas vivas com microcefalia em uma região do nordeste (Pernambuco) e esse crescimento ocorreu após vários registros de febre causada pelo Zika vírus na mesma região.

Segundo o ECLAMC (*Estudio Colaborativo Latino Americano de Malformaciones Congenitas*) a microcefalia congênita no Brasil era estimada em 1,98 por 10.000 nascimentos (BRASIL, 2017). Entretanto, no ano de 2015, foi observado a prevalência de 5,46 casos de microcefalia ao nascimento para cada 10.000 nascidos vivos (CABRAL et al., 2017).

Com esse quadro e após resultados de pesquisas clínicas, epidemiológicas e laboratoriais, descobriram uma relação entre o aumento de microcefalia no Brasil e a doença causada pelo Zika vírus durante a gestação, pois localizaram o vírus no líquido amniótico de mulheres grávidas de bebês com microcefalia e também no tecido de um recém-nascido com microcefalia (CALVET, et al., 2016).



A descoberta também se deu após pesquisadores do Instituto Evandro Chagas (IEC), isolarem o Zika vírus no cérebro de um recém-nascido com microcefalia que faleceu (OLIVEIRA E VASCONCELOS, 2016).

E quanto essa identificação:

Quanto a identificação da microcefalia, esta pode ser classificada como microcefalia congênita que está presente ao nascimento e às vezes chamada de “microcefalia primária”; microcefalia pós-natal que se refere a um déficit no crescimento do PC após o nascimento, também chamada de “microcefalia secundária” (BRASIL, 2015c apud CÂMARA, 2018).

A realidade brasileira com os serviços de saúde não supre as necessidades da população e requer uma grande mudança para atender todas as complicações ainda desconhecidas e potencialmente incapacitantes ocasionadas pela infecção do Zika vírus (PINTO, 2017).

## 1.2. A epidemia do Zika vírus

O Zika vírus é um arbovírus neurotrópico, do gênero *Flavivirus* e sua transmissão se dá por meio da picada do mosquito *Aedes Aegypti*, o mesmo que transmite a dengue, a febre amarela e a *Chikungunya*. O mosquito, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS):

O *Aedes aegypti* é um mosquito doméstico. Ele vive dentro de casa e perto do homem. Com hábitos diurnos, o mosquito se alimenta de sangue humano, sobretudo ao amanhecer e ao entardecer. A reprodução acontece em água limpa e parada, a partir da postura de ovos pelas fêmeas. Os ovos são colocados e distribuídos por diversos criadouros.

A doença causada pelo Zika vírus é uma doença febril aguda acompanhada de manchas vermelhas na pele. A rápida distribuição desse vírus no Brasil, está ligada pela falta de imunidade da população, ausência de vacinas, de tratamentos específicos e de testes diagnósticos rápidos, bem como a ampla distribuição geográfica (HENRIQUES, et al., 2016).

Os sintomas da doença podem durar poucos dias:

O Zika é geralmente leve com sintomas que duram de alguns dias a uma semana. As pessoas geralmente não ficam doentes a ponto de ir para um hospital e muito raramente morrem por causa do Zika vírus. Por isso, muitas pessoas podem não saber que foram infectadas. Os sintomas de Zika são similares aos de outros vírus

transmitidos por picadas de mosquitos, como dengue e chikungunya (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION 2019).

E seu tratamento, segundo o Ministério da Saúde:

O tratamento do Zika Vírus é feito de acordo com os sintomas, com o uso de analgésicos, antitérmicos e outros medicamentos disponíveis em qualquer unidade pública de saúde para controlar a febre e a dor. No caso de sequelas mais graves, como doenças neurológicas, deve haver acompanhamento médico para avaliar o melhor tratamento a ser aplicado. As sequelas são tratadas em centros multiprofissionais especializados, como os Centros Especializados de Reabilitação (CERS) (BRASIL 2015).

Este vírus foi isolado inicialmente na floresta de Zika na Uganda em 1947 e a primeira infecção humana foi documentada somente em 1954 e até 2007 apenas 14 humanos haviam sido documentados com o vírus. Entretanto, no ano de 2007, a primeira epidemia conhecida se deu na Ilha de Yap (Micronésia) com 49 casos confirmados. Em outubro de 2013 e março de 2014 uma nova epidemia atingiu a Polinésia Francesa com estimativa de que 11% da população procurou os serviços e saúde (FREITAS; ZUBEN; ALMEIDA, 2016).

E ainda, de acordo com eles, somente no primeiro semestre do ano de 2015 que a transmissão do vírus foi documentada no Brasil. E em seguida, outros países da América também relataram a transmissão, sendo que, no ano seguinte, em 2016, pelo menos 61 países e territórios no mundo já confirmaram a transmissão do vírus e 6 países já relataram infecção adquirida, provavelmente por transmissão sexual.

Os primeiros casos da doença no Brasil foram detectados no Nordeste:

No Brasil, os primeiros casos de microcefalia foram detectados inicialmente no estado de Pernambuco, que notificou o Ministério da Saúde (MS) em 22/10/2015 pedindo apoio para investigar a ocorrência de 26 casos da doença no estado. Em 28/11/2015, após resultados preliminares obtidos da análise laboratorial do líquido amniótico de duas gestantes da Paraíba, bem como da identificação do vírus em tecido de recém-nascido morto no estado do Ceará, foi reconhecida a relação entre os casos de microcefalia e a infecção pelo ZIKV e declarada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (BRASIL, 2015a, p. 11 apud PEREIRA, 2018).

Nesse contexto, 14 países relataram aumento na incidência da síndrome de Guillain-Barré e confirmaram infecção por Zika vírus em pacientes estudados com essa síndrome. Outras lesões neurológicas foram associadas ao Zika vírus, sendo elas: mielite, meningoencefalite e neuropatias periféricas. E os estudos observacionais indicam que o vírus

também é causa de microcefalia, síndrome de Guillain–Barré (GBS) e outros distúrbios neurológicos (FREITAS; ZUBEN; ALMEIDA, 2016).

O Ministério da Saúde do Brasil foi o órgão pioneiro a reconhecer as implicações virais das epidemias causadas pelo Zika vírus com relação ao surto de microcefalia e suas complicações que, posteriormente, caracterizaram emergência de saúde pública (DUARTE; GARCIA, 2016).

Recentemente, uma pesquisa descobriu que, além da picada do mosquito, existem outras formas de transmissão do Zika vírus, tais como: contato sexual ou por secreções (saliva e urina), e a ausência de vacinas ou tratamento específico. (NUNES et al., 2016).

A infecção é capaz de afetar pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, e os sintomas, além de febre, também apresentam mal-estar, calafrios, dores de cabeça, dores no corpo, artralgia, dor periorbital e outras complicações. (MARCONDES; XIMENES, 2016).

A partir da notificação da epidemia, em outubro de 2015, o Ministério da Saúde agiu principalmente de maneira para apoiar as atividades de monitoramento e investigação dos casos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde. Juntamente com o monitoramento e investigação lançaram uma campanha de combate ao *Aedes aegypti*, chamando atenção para os possíveis lugares de foco do mosquito (GARCIA, 2018).

Os grandes casos de microcefalia causados pelo Zika vírus chamam atenção para a necessidade de melhorias nas condições de vidas da população urbana no Brasil, pois em alguns lugares a falta de água faz com que seja necessário o armazenamento doméstico, criando, com isso, locais propícios para a reprodução do mosquito e, em outros lugares, as moradias precárias favorecem o acúmulo de águas da chuva, gerando também um ambiente favorável a proliferação do vetor (MUJICA OJ, apud PIRES, et al., 2019).

O diagnóstico do Zika vírus é clínico e feito por um médico, mas o resultado apenas se confirma por meio de exames laboratoriais de sorologia e de biologia molecular. Os recém-nascidos com suspeita de comprometimento neurológico necessitam de exames de imagem e, em caso de confirmação do vírus, o Ministério da Saúde deve ser notificado em até 24 horas (BRASIL, Ministério da Saúde).

O vírus também pode afetar os embriões. E sobre isso explica Moore (2013), citado por Ana Patrícia Barros Câmara (2018, p.29):

As infecções virais, fármacos, drogas entre outros agentes podem causar alterações no desenvolvimento dos embriões, que são conhecidos como anomalias congênitas, embora os embriões humanos estejam bem protegidos dentro do útero, muitos agentes ambientais podem causar alterações no desenvolvimento após a exposição materna a eles.

As causas de anomalias congênitas são frequentemente divididas em fatores genéticos (anormalidades cromossômicas), multifatoriais (fatores genéticos e ambientais agindo juntos) e fatores ambientais (tais como fármacos, drogas e vírus). As alterações no desenvolvimento dos embriões dependem diretamente do momento da ação do teratígeno, pois o desenvolvimento do embrião é mais facilmente perturbado quando os tecidos e os órgãos estão em formação (período organogenético), podendo assim acontecer grandes defeitos congênitos.

Ou seja, o problema se complica ainda mais quando a gestante é infectada pelo vírus, pois existe um grande risco de se constatar microcefalia no feto.

Assim:

Uma gestante infectada pelo Zika vírus pode transmitir o vírus ao feto durante a gravidez ou próximo à ocorrência do parto e embora não seja bem documentado esse vírus também pode ser transmitido por uma pessoa que carrega o vírus, mas nunca Figura 2 - Ciclo de Transmissão do Vírus Zika Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017. 13 desenvolve sintomas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017 apud PINTO, 2017).

A infecção tem preocupado as mulheres grávidas e suas famílias, pois embora a infecção pelo Zika vírus, em grávidas, pareça ser uma doença ligeira, suas consequências para o feto podem ser severas (WHO, 2016).

Pesquisas tentam descobrir por quanto tempo o vírus permanece no sêmen e nos fluidos vaginais das pessoas contaminadas e por quanto tempo ele pode ser transmitido aos parceiros sexuais. O vírus pode permanecer no sêmen por mais tempo do que em outros fluidos corporais, inclusive nos vaginais, urina e sangue. Não bastasse isso:

Outro grupo suscetível a contrair o Zika vírus são os profissionais de saúde, os quais devem fazer um julgamento clínico para determinar se um paciente está bem o bastante para um procedimento eletivo. Ao realizar tal procedimento, os profissionais de saúde devem aderir às precauções padrão para prevenir a referida transmissão. As precauções padrão se fundamentam no fato de que todo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis. Os fluidos corporais, incluindo sangue, secreções vaginais e sêmen, estão relacionados à transmissão do Zika vírus (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017 apud PINTO, 2017).

Alertaram que:

As precauções padrão se fundamentam no fato de que todo sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, pele não intacta e membranas mucosas podem conter agentes infecciosos transmissíveis. Os fluidos corporais, incluindo sangue, secreções vaginais e sêmen, estão relacionados à transmissão do Zika vírus

(CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017, apud PINTO, 2017).

As gestantes devem seguir as mesmas precauções que outros membros da família, como evitar atividades que possam expô-las a sangue e ou a fluidos corporais de pessoas potencialmente infectadas. Como explica:

As medidas de prevenção das infecções para as mulheres grávidas são as mesmas que as recomendadas para a população em geral. Contudo, a importância das medidas preventivas deve ser realçada em cada contacto com uma mulher grávida. Os profissionais de saúde devem promover as seguintes medidas junto das mulheres grávidas e das suas famílias, assim como nas comunidades (WHO, 2016).

Nesse ponto entra a questão do aborto, pois, como explica a pediatra Beatriz Beltrame (2016):

As crianças com microcefalia podem ter graves consequências como: atraso mental, déficit intelectual, paralisia, convulsões, epilepsia, autismo e rigidez dos músculos. Apesar de não haver tratamento específico para a microcefalia, podem ser tomadas algumas medidas para reduzir os sintomas dessa doença. Normalmente a criança precisará de fisioterapia para toda a vida para se desenvolver melhor, prevenindo complicações respiratórias e até mesmo úlceras que podem surgir por ficarem muito tempo acamadas ou em uma cadeira de rodas. Todas essas alterações podem acontecer porque o cérebro precisa de espaço para que possa atingir o seu desenvolvimento máximo e, como o crânio não permite o desenvolvimento do cérebro, suas funções ficam comprometidas e afetam todo o corpo.

A partir desse quesito, surgiu o debate sobre a prática de aborto em casos de mulheres infectadas pelo vírus, pois notou-se que muitas mulheres com diagnóstico de infecção estão recorrendo a abortos clandestinos, mesmo sem a confirmação de que o feto seja de fato portador de microcefalia (MOHALLEM e SOARES, 2016).

Em 2004, a ADPF n. 54 que tratou sobre a descriminalização do aborto de feto com anencefalia, foi proposta pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde ao Supremo Tribunal Federal, tendo como relator o Ministro Marco Aurélio. Em 2012, após oito anos, a ADPF foi julgada em uma votação que estavam presentes 11 ministros do Supremo Tribunal Federal, com placar de 8 votos a favor da descriminalização do aborto de feto anencéfalo e somente 2 votos contra (MIGALHAS, 2015).

O Supremo se posicionou no sentido de que a interrupção da gravidez de feto anencefálico não é aborto e pode ser realizada, uma vez que, fora do útero, não existe possibilidade de vida para o feto (QUEIROZ, 2017).

Deste julgamento se cria o questionamento sobre a possível analogia entre o feto com anencefalia e o feto com microcefalia.

Os abortos são praticados por mulheres que desejavam seguir com a gravidez até o final, mas decidiram se proteger da dor, indignidade e risco de sequelas psíquicas exatamente iguais às que justificam a interrupção da gravidez em casos de anencefalia (MOHALLEM e SOARES, 2016).

## 2. O aborto no ordenamento jurídico brasileiro

Aborto é a privação do nascimento, a interrupção da gravidez com a expulsão do feto do interior do útero antes de ter capacidade de sobreviver fora dele. Pode ser espontâneo, quando a interrupção é involuntária ou induzido, quando a interrupção é voluntária, provocada.

CAPEZ (2008, p.119), explica aborto como:

Considera-se aborto a interrupção, com a conseqüente destruição do produto da concepção. Consiste na eliminação da vida intrauterina. Não faz parte do conceito de aborto a posterior expulsão do feto, pois pode ocorrer que o embrião seja dissolvido e depois reabsorvido pelo organismo materno em virtude de um processo de autólise; ou então 37 pode suceder que ele sofra processo de mumificação ou maceração, de modo que continue no útero materno. A lei não faz distinção entre óvulo fecundado (3 primeiras semanas de gestação), embrião (3 primeiros meses) ou feto (a partir de 3 meses), pois qualquer fase da gravidez estará configurado o delito de aborto, quer dizer, entre a concepção e o início do parto, pois após o início do parto poderemos estar diante do delito de infanticídio ou homicídio.

Já MIRABETTE (2011, p. 57) o aborto é a interrupção da gravidez, interrompendo o produto da concepção, e a morte do ovo (até 3 semanas de gestação), embrião (de 3 semanas a 3 meses) o feto (após 3 meses), e não implica necessariamente na expulsão do feto. O produto da concepção pode ser simplesmente dissolvido, reabsorvido pelo organismo da mulher, ou até mesmo mumificado.

Para BITENCOURT (2011, p.160):

Aborto é a interrupção da gravidez antes de atingir o limite fisiológico, isto é, durante o período compreendido entre a concepção e o início do parto, que é o marco final da vida intrauterina. “É a solução de continuidade, artificial ou dolosamente provocada, do curso fisiológico da vida intrauterina.”

O Código Penal, no art. 128, dispõe sobre três hipóteses em que o aborto é permitido:

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:  
**Aborto necessário**

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

**Aborto no caso de gravidez resultante de estupro**

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Desta forma, pode-se entender que aborto é a interrupção da gravidez que implica na morte da vida intrauterina. O assunto gera bastante polêmica e seu enquadramento ao tipo penal requer uma análise concreta de caso a caso.

Um grupo da população é totalmente contra a ideia e defendem o pensamento de que já existe vida humana no momento da concepção e, por esse motivo, a prática do aborto se equipararia ao homicídio. Uma outra parte da população entende que até a 12ª semana de gestação o feto ainda não formou um sistema nervoso capaz de apresentar qualquer tipo de atividade e, então, o aborto poderia ser praticado. E, ainda, um terceiro grupo de pessoas defende a ideia de que o aborto ocorrerá de qualquer jeito, mesmo que por profissionais não capacitados e até mesmo que com isso ocorra a morte da gestante, sendo o aborto uma questão de saúde pública.

O aborto se manteve em foco nas pesquisas brasileiras nos últimos 20 anos. O tema constitui importância para a saúde pública no país. Esses estudos comprovam que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres e seria necessário enfrentar com seriedade esse problema e entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

Inclusive, a deputada Áurea Carolina (2018) afirma com dados do IBGE:

Por mais que a criminalização dificulte sua prática e crie riscos desnecessários para a saúde das mulheres, centenas de abortos são feitos todos os dias no Brasil. Segundo dados do IBGE, estima-se que 7,4 milhões de brasileiras já fizeram pelo menos um aborto. A Pesquisa Nacional do Aborto revela que mais de 500 mil mulheres abortaram apenas em 2015. Uma em cada cinco mulheres até 40 anos já fez, pelo menos, um aborto na vida.

Um outro ponto polêmico acerca do aborto é sobre a forma do aborto eugênico, uma técnica de aborto para evitar que a criança nasça com graves deformidades.

Segundo TESSARO (2008, p.21), o aborto eugênico é a interrupção da gestação quando existe o prognóstico de que o feto venha a nascer com grave anomalia física ou psíquica.

Para CAPEZ (2012, p.146), é aquele realizado para impedir que a criança nasça com deformidade ou enfermidade incurável

E para NORONHA (1991, v. 2, p.62):

Ocorre aborto eugênico quando há sério e grave perigo para o filho, seja em virtude de predisposição hereditária, seja por doenças da mãe, durante a gravidez, seja ainda por efeito de drogas por ela tomadas, durante esse período, tudo podendo acarretar para aquele, enfermidades psíquicas, corporais, deformidades, etc.

No atual Código Penal surgiram várias mudanças medicinais, científicas e tecnológicas e, uma delas, se refere a entendimentos relacionados a prática do aborto em casos especiais e de extrema relevância, como explica BITENCOURT (2011, p. 158):

No atual estágio, a Medicina tem condições de definir com absoluta certeza e precisão eventual anomalia do feto e, conseqüentemente, a inviabilidade de vida extrauterina. Nessas condições, é perfeitamente defensável a orientação do Anteprojeto de Reforma da Parte Especial do Código Penal, que autoriza o aborto quando o nascituro apresentar graves e irreversíveis anomalias físicas ou mentais, ampliando a abrangência do aborto eugênico ou piedoso.

E, desde a descoberta da ligação entre a infecção de gestantes pelo Zika vírus e o nascimento de bebês com microcefalia muitos profissionais, de diversas áreas, discutem e divergem sobre a permissão da interrupção da gravidez das mulheres infectadas.

## 2.1 A possibilidade de aborto de feto com microcefalia

Os fetos com microcefalia, como já explicado, se vierem a nascer com vida, precisarão de acompanhamento médico pelo resto da vida, o que é um problema, principalmente para famílias pobres, pois o sistema público de saúde é precário. Não bastasse isso, as mães muitas vezes têm que abandonar seus empregos e se dedicar única e exclusivamente ao filho, sem mencionar que necessitam morar perto de atendimentos hospitalares.

Segundo BUSCAGLIA (1993, p.37):

Do nascimento ao fim da infância, os pais de crianças deficientes devem estar conscientes de que tantas vezes sentem-se atormentados pelas muitas necessidades físicas de seus filhos, o seu sofrimento, o desconforto físico, a necessidade de dietas especiais, as frequentes consultas médicas e as medicações especiais, que podem deixar de perceber que, assim como as outras crianças, essas também têm necessidades normais. Precisam dos mesmos afagos, o mesmo amor, o mesmo carinho, os mesmos estímulos linguísticos, as mesmas oportunidades para explorarem seus próprios corpos e o ambiente.



Ressalta ainda que o relacionamento afetivo entre os pais e a criança é tão importante nos primeiros tempos de vida e está extremamente relacionado ao bem-estar físico, mental e psicológico da criança.

Além disso, não é inexistente, muito menos raro, os casos de homens que abandonam suas famílias por não aceitarem a deficiência dos filhos.

Segundo a psicóloga Jaqueline Loureiro, citada por Júlia Carneiro (2016), psicóloga da unidade ambulatorial especializada em microcefalia do Hospital Municipal Pedro I, em Campina Grande, na Paraíba, apenas 10 % das mulheres atendidas recebem de fato o apoio necessário dos maridos.

Um número alto também é o de crianças com microcefalia abandonadas por suas famílias, por vergonha, ou por falta de condições financeiras para arcar com as despesas e os cuidados necessários (ARAUJO, Janaina; BERNARDES, Monica; COELHO, Luciano).

As mulheres grávidas de fetos com microcefalia sofrem pressões sociais conflitantes, como risco de abandono pelos parceiros e encargo de criarem sozinhas um filho com deficiências graves, o que precisaria ser considerado nas mobilizações. (CAMARGO, 2016).

O Governo Federal tomou providências para, de certa forma, tentar proteger e ajudar as crianças diagnosticadas com microcefalia decorrente do Zika vírus:

Diante do surto da doença, o Governo Federal tomou várias providências para proteção das crianças com microcefalia, tanto no âmbito de atendimento do SUS-Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016a), quanto no âmbito previdenciário, com a edição da Lei n.º 13.301/16 (BRASIL, 2016b), a qual concede benefício de prestação continuada ao portador de microcefalia decorrente do ZIKV (PEREIRA, Viviana, 2018).

Entretanto, apesar de o Governo Federal oferecer pensão para as crianças infectadas pelo vírus, ele condiciona essa pensão a desistência de ações judiciais da doença contra o Estado, prevista na Medida Provisória 894/2019, publicada no Diário Oficial da União, que regulamenta a concessão do benefício (MARTINES, Fernando).

Se não bastasse, o benefício, que irá durar por toda a vida da pessoa, somente será concedido a crianças nascidas entre 2015 e 2018, cuja família receba o Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio no valor de 1 salário mínimo concedido a pessoas de baixa renda. O procedimento ainda envolve uma avaliação da condição da criança por meio de perícia médica, para examinar se realmente existe a relação da microcefalia com o Zika vírus (MARTINES, Fernando).

Por toda essa problemática, inúmeros profissionais, de diversas áreas, acreditam que a liberação do aborto, nos casos de feto com microcefalia, é uma questão de saúde pública.

A organização não-governamental ANIS – Instituto de Bioética, ligada ao movimento feminista, defende a ideia do aborto, mesmo antes do diagnóstico positivo para microcefalia do feto. Michael Mohallen também é favorável e acredita que o ordenamento jurídico pode ser interpretado a de meio que se autorize o aborto, sobretudo se baseando, pelo direito à autonomia e à privacidade da mulher, como inclusive já foi realizado pelo Supremo Tribunal Federal (STF) nos casos de fetos anencéfalos (COUTO, Marlen, 2016).

Se por um lado, no contexto da anencefalia, há certeza da morte; no caso da infecção pelo Zika vírus o risco existe, embora não seja 100% certo. A possibilidade de que uma gestação termine em morte parece ser uma razão suficiente para que a lei não obrigue uma mulher a seguir apreensiva a trajetória de nove meses de angústia (MOHALLEM e SOARES, 2016).

Mas, a discussão sobre o aborto como instrumento de escolha integrante de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres não é um tema fácil, pois existem outros direitos vinculados ao respeito à vida.

Entende MASSON (2015 p. 105) que:

O direito brasileiro não contempla regra permissiva do aborto nas hipóteses em que os exames médicos pré-natais indicam que a criança nascerá com graves deformidades físicas ou psíquicas. Não autoriza, pois, o aborto eugênico ou eugenésico. O fundamento dessa opção é a tutela da vida humana no mais amplo sentido. O Direito Penal protege a vida humana desde a sua primeira manifestação. Basta a vida, pouco importando as anomalias que possa apresentar

E CAPEZ (2012, p. 146), juntamente, entende que:

Uma vez que, mesmo não tendo forma perfeita, existe vida intrauterina, remanescendo o bem jurídico a ser tutelado penalmente (...) eugenia é expressão que tem forte conteúdo discriminatório, cujo significado é purificação de raças.

Ainda segundo CAPEZ (2012, p. 146) mediante prova irrefutável de que o feto não dispõe de qualquer condição ou possibilidade de sobrevivida, consubstanciada em laudos por juntas médicas, deve ser autorizada a prática do aborto.

E CAPEZ (2012, p. 147) ainda elenca uma decisão do Supremo Tribunal Federal:

Nesse sentido, já decidiu o STJ: “Não há como desconsiderar a preocupação do legislador ordinário com a proteção e a preservação da vida e da saúde psicológica

da mulher ao tratar do aborto no Código Penal, mesmo que em detrimento da vida de um feto saudável, potencialmente capaz de transformar-se numa pessoa (CP, art. 128, incs. I e II), o que impõe reflexões com os olhos voltados para a Constituição Federal, em especial ao princípio da dignidade da pessoa humana. Havendo diagnóstico médico definitivo atestando a inviabilidade de vida após o período normal de gestação, a indução antecipada do parto não tipifica o crime de aborto, uma vez que a morte do feto é inevitável, em decorrência da própria patologia. Contudo, considerando que a gestação da paciente se encontra em estágio avançado, tendo atingido o termo final para a realização do parto, deve ser reconhecida a perda de objeto da presente impetração. Ordem prejudicada” (STJ, 5º Turma, HC 56.572/SP, rel. Min. Arnaldo Esteves Lima, j. 25-4-2006, DJ 15-5-2006, p. 273). Em sentido contrário: STJ, 5º Turma, HC 32.159/RJ, rel. Min. Laurita Vaz, j. 17-2-2004, DJ, de 22-3-2004, p.334

Conforme DINIZ e ALMEIDA (1998) existem quatro tipos de abortos:

1. Interrupção Eugênica da Gestação (IEG): a gestação é interrompida em geral contra a vontade da gestante por valores racistas, sexistas e étnicos dentre outros, tal como se sugere o praticado pela medicina nazista quando se impunha às mulheres o abortamento por serem judias, ciganas ou negras. 2. Interrupção Terapêutica da Gestação (ITG): a gestação é interrompida para salvar a vida da gestante em prol da saúde materna, sendo raras as circunstâncias terapêuticas que exigem essa prática em função do avanço científico e tecnológico da medicina. 3. Interrupção Seletiva da Gestação (ISG): a gestação é interrompida após diagnóstico de lesões fetais, tais como as anomalias fetais a exemplo a anencefalia, o que em geral tem relação com as patologias incompatíveis com a vida extrauterina. 4. Interrupção Voluntária da Gestação (IVG): a gestação é interrompida pela manifestação da vontade da mulher ou do casal que não deseja mais a gravidez, seja resultado de um estupro ou de uma relação consensual, sendo comum a imposição de limites gestacionais a tal prática com base em normativos

E, segundo eles, apenas a interrupção eugênica da gestação não leva em consideração a vontade da gestante ou do casal para manutenção da gestação, não destacando nesse caso a autonomia da paciente na prática abortiva

Ainda, no entendimento de DINIZ e ALMEIDA (1998) a prática do aborto não se baseia na obrigatoriedade de interromper a gestação com fundamento em alguma ideologia de extermínio de indesejáveis como foi praticado pela medicina nazista. A autonomia reprodutiva seria o valor que abrange a interrupção seletiva ou voluntária da gestação, bem como todas as questões pertinentes à saúde reprodutiva.

Para o ex Procurador Geral da República, Rodrigo Janot, o aborto não constituiria crime, pois a conduta da mulher estaria amparada pelo estado de necessidade, previsto no direito penal. De acordo com o art. 24 do Código Penal, no estado de necessidade, a pessoa pratica a conduta para proteger direito próprio, cujo sacrifício, nas circunstâncias, não era razoável exigir (PONTES, 2016).

## 2.2 O direito de escolha da mulher

A pressão social pró-aborto é inquestionável, em que a questão se a mãe tem direito de vida e morte sobre os seus filhos, onde se dividem as posições a favor ou contra a prática (PAPALEO, 1993).

O Código Penal é taxativo em dizer que não se pune o médico, quando se trata de aborto necessário, em que não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal, de acordo com o art. 128, I e II, do CP (BRASIL, 1940).

E a epidemia de Zika vírus trouxe de volta a polêmica do aborto e as teses defensivas, mas com uma visão de um direito reprodutivo e sexual da mulher como um requisito legítimo de igualdade de gênero e com a opção do livre arbítrio favorável a essa prática.

O Direito Penal não identifica as áreas de negatividade social, as necessidades individuais e comunitárias que justificam uma intervenção institucional transdisciplinar (MADEIRA DA COSTA, 2005), mas existe uma grande necessidade de um projeto de educação preventiva de natalidade como um dos pilares de política pública em concorrência com a penalização das mulheres que cometem o aborto.

Ademais, de acordo com o entendimento de Zeid Ra'ad Al Hussein, alto comissário de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), a simples orientação para que as mulheres adiem a gravidez ignora o fato de que nem sempre é possível haver um controle (LABOISSIÈRE, Paula, 2016).

Como ressalta PINTO (2017):

Os comandos legais que prescrevem as políticas públicas para controle e segurança da natalidade em meio à epidemia do Zika vírus transformam-se em letra inócua quando falta vontade política para assegurar mecanismos de averiguação de seu cumprimento, incompatíveis com o interesse esperado de agir do Poder Público Brasileiro e, que por fim acabam gerando os litígios de massa pelos demandantes ou resignação de luta pelos acometidos pelas sequelas do Zika vírus aos direitos à saúde e a uma vida digna.

Para Hussein, garantir os direitos humanos das mulheres nesse contexto é essencial para que a resposta à emergência em saúde pública relacionada ao Zika vírus seja efetiva. Requer que os governos garantam às mulheres e homens o acesso a informações e serviços de saúde pública reprodutiva e sexual abrangentes e de qualidade, sem discriminação (LABOISSIÈRE, Paula, 2016).

Ainda segundo Hussein citado por Paula Laboissière (2016), a ONU reforça que, em meio à contínua propagação do Zika vírus pelo mundo, as autoridades devem garantir que as respostas em saúde pública estejam em conformidade com suas obrigações no campo de direitos humanos.

Junto a esses entendimentos está o fato de que, no Brasil, o aborto é uma realidade de questão social e de saúde pública. Nada é capaz de impedir uma mulher de interromper a gravidez.

As mulheres que possuem melhores condições financeiras procuram clínicas conhecidas, ou viajam para países que permitem a prática, e realizam o aborto. Enquanto mulheres mais pobres, se submetem ao mesmo procedimento em clínicas clandestinas, sem estrutura, sem higiene e sem preparo para tal.

Simone Diniz, representante do grupo de gênero da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, reforça que a proibição de abortos nesses casos pune as mulheres pobres. Segundo ela, no Brasil temos uma legislação atrasada e reacionária. O país vive uma realidade onde as pessoas que têm dinheiro abortam de maneira segura, e as pessoas pobres são sujeitas a formas que agravam sua saúde (REIS e MOREIRA 2016).

E, por esse motivo, não é estranho que segundo Organização Mundial da Saúde (OMS) e o COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro.

E a deputada Áurea Carolina (2018) ressalta:

Trata-se de uma questão de saúde pública: o aborto clandestino no Brasil é a quinta causa de morte materna. Além disso, internações hospitalares causadas por abortos inseguros são recorrentes, custam caro e poderiam ser evitadas se a legislação garantisse condições dignas de atendimento nos serviços de saúde e acesso ao aborto legal e seguro. A ADPF, apresentada pelo PSOL e Anis ao STF, argumenta ser inconstitucional tratar como criminosas as mulheres que abortam, o que permite que avancemos rumo à garantia de aborto legal, seguro e gratuito a todas as mulheres.

Desta forma, seria benéfico aproveitar a discussão dos casos de fetos com microcefalia para analisar a criminalização do aborto no Brasil, uma vez que esse ato salvaria a vida de muitas de mulheres. Sem falar que a possibilidade de interromper a gravidez indesejada representa um avanço na concretização dos direitos femininos, pois as mulheres devem ter a liberdade de decidir por si só e tomar suas próprias decisões quando se trata de assuntos relacionados à sua própria vida, como é no caso de maternidade.

MENEZES e AQUINO (2009) elencam que:

A explicação da decisão de abortar privilegia algumas razões em detrimento de outras. A necessidade de legitimação do aborto é feita como uma justificação, isto é, orientada para uma esfera moral, estabelecendo esta escolha como "um mal menor". Trata-se de justificativas que remetem também ao filho, tendo a decisão sido tomada em seu benefício, pela impossibilidade de lhe garantir uma vida digna

CLÁUDIA TANNURI, vice-presidente da Comissão dos Defensores Públicos da Família do Instituto Brasileiro de Direito da Família (IBDFAM), a continuidade forçada da gestação quando se tem certeza da infecção representa risco a saúde psíquica da mulher. Impor a mulher a continuidade da gestação em tais condições configura uma violação de seu direito fundamental à saúde mental e integridade física e psíquica, bem como, a garantia constitucional de uma vida livre de tortura e de agravos severos evitáveis.

## CONCLUSÃO

O feto com distúrbio neurológico de microcefalia, se vier a nascer, poderá nascer com alterações como deficiência intelectual, paralisia cerebral, epilepsia, dificuldades de deglutição, problemas de visão, problemas auditivos e distúrbios comportamentais. Possuindo pouca, ou talvez nenhuma, qualidade de vida.

A ajuda do governo, para os infectados pelo Zika vírus, é precária e quase não existe e, além das dificuldades de criar uma criança com microcefalia, o feto pode falecer antes de nascer, o que faz com que muitas mulheres, por medo, recorram a prática do aborto, mesmo que ilegal.

O aborto abrange diversas discussões dentro da sociedade e, pelo ordenamento jurídico, a interrupção da gravidez permanece sendo tipificada como crime, não obstante o fato de que tal prática é, de fato, praticada por mulheres de todas as classes sociais.

Devido à importância e dimensão do tema, ele sempre volta à tona, e, como no presente estudo, trazendo uma hipótese mais recente devido ao elevado número de fetos diagnosticados com microcefalia após o surto da infecção causada pelo Zika vírus em 2015.

O entendimento do aborto como uma prática criminosa, além de ser ultrapassado, impede que as mulheres tenham controle sobre seu próprio corpo. Ademais, nos casos de fetos diagnosticados com microcefalia, a liberação do aborto poderia significar a efetivação de direitos constitucionais como a dignidade da pessoa humana.

Na maioria dos casos, as crianças com microcefalia apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor, cognitivo e também das funções

sensitivas (BRASIL, 2015), não sendo possível garantir a existência de princípio constitucional consistente na dignidade da pessoa humana.

A proibição criminal de uma mulher a realizar o aborto, obrigando-a prosseguir com a gravidez viola também a liberdade da mulher, proibir o aborto significa obrigá-la a suportar os perigos de uma doença, tanto física quanto psíquica.

E segundo o entendimento de Rodrigo Janot, a autonomia reprodutiva, direito a saúde e a integridade física e psíquica seriam direitos fundamentais das mulheres violadas pela criminalização do aborto (PONTES, Felipe).

Com o cenário atual da epidemia, o país corre risco de caminhar em sentido oposto ao das medidas necessárias para garantir a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

E, por último, caminhando lado a lado com o direito de decisão da mulher, deve existir a efetiva participação do Estado, na criação de condições de apoio a vida, fornecendo atendimento digno, recursos reais de tratamentos médicos e terapias de apoio.

## REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, Janaina; BERNARDES, Monica; COELHO, Luciano. No Nordeste, vítimas da microcefalia enfrentam o abandono das famílias. Disponível em: <http://www.saude.estadao.com.br/noticias/geral,nordeste-vitimas-da-microcefalia-enfrentam-o-abandono-das-familias,10000018784>> Acesso em: 05 out. 2019.

BELTRAME, Beatriz. Entenda o que é a microcefalia e quais são as consequências para o bebê. Disponível em <https://www.tuasaude.com/microcefalia/>>. Acesso em: 8 out. 2019.

BERTUOLI, Nicolli. Microcefalia: Experiências e expectativas junto à realidade materna. João Pessoa: nov. 2016

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, Rio de Janeiro, 31. dez. 1940.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Combate ao mosquito *Aedes Aegypti*. Brasília. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/prevencao-e-combate/combate-ao-mosquito-aedes-aegypti>>. Acesso em: 15 out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota informativa nº1, de 17 de novembro de 2015. Procedimentos preliminares a serem adotados para a vigilância dos casos de microcefalia no Brasil. 2015. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/18/microcefalia-nota-informativa-%2017nov2015-c.pdf>>. Acesso em 14 out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Microcefalia: causas, sintomas, tratamento e prevenção. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/microcefalia>>. Acesso em: 7 out. 2019

BUSGALIA, Leo. Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento. Tradução de Raquel Mendes. Rio de Janeiro: Editora Record. 1993

CABRAL, C. M. et al. Clinical-epidemiological description of live births with microcephaly in the state of Sergipe, Brazil, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 2, p. 245-254, 2017. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000200245&script=sic\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S2237-96222017000200245&script=sic_arttext)>. Acesso em: 15 out. 2019

CARNEIRO, Júlia Dias. Mães de bebês com microcefalia enfrentam dificuldades financeiras e abandono de pais na Paraíba. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/videos\\_e\\_fotos/2016/03/160314\\_maes\\_microcefalia\\_abandono\\_rm](http://www.bbc.com/portuguese/videos_e_fotos/2016/03/160314_maes_microcefalia_abandono_rm)>. Acesso em: 05 out. 2019

CAMARA, Ana Patrícia. Microcefalia em recém-nascidos: antes e após epidemia pelo vírus Zika. 2018

CAPEZ, Fernando. Direito penal: parte especial. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2004.

CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal: parte especial. São Paulo: Saraiva, 2008.

CALVET, G. et al. Detection and sequencing of Zika vírus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. *The Lancet Infectious Diseases*, v.16, n.6, p. 653 – 660, 2016.

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de. O debate sobre aborto e Zika: lições da epidemia de AIDS. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.1- 3, mai.2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Proteja sua família e a comunidade. Como o Zika se dissemina. Disponível em: <<https://portugues.cdc.gov/zika/transmission/index.html>>. Acesso em 15 out. 2019

CHANES IR, MONSORES N. Uma reflexão bioética e sanitária sobre efeitos colaterais da epidemia de Zika vírus: revisão integrativa sobre a eutanásia/ortotanásia nos casos de anomalias fetais. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2016 abr./jun, 5(2):57-73-.

COUTO, Marlen. Legalização de aborto para grávidas com vírus zika gera debate. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/legalizacao-de-aborto-para-gravidas-com-virus-zika-gera-debate-18673752>> Acesso em: 27 set. 2019.

DINIZ, Débora; ALMEIDA, Marcos de. Bioética e aborto. In: COSTA, Sergio Ibiapina Ferreira; Oselka, Gabriel; GARRAFA, Volnei (Coords.). *Iniciação à bioética*. Brasília: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998. p. 125-137.



DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Editorial: pesquisa e desenvolvimento para o enfrentamento da epidemia pelo vírus Zika e suas complicações. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)*, Brasília, v.25, n.2, p.231-232, abr./jun.2016.

FREITAS, André; ZUBEN, Andrea; ALMEIDA, Valéria. Informe técnico: Zika vírus. Departamento de Vigilância em Saúde, jun. 2016

GARCIA, Leila Posenato. Epidemia do vírus Zika e microcefalia no Brasil: emergência, evolução e enfrentamento. Brasília: IPEA, fev. 2018

HARRIS SR. Measuring head circumference: update on infant microcephaly. *Can Fam Physician* 2015; 61:680-4.

LABOISSIÈRE, Paula. ONU defende direito ao aborto em países atingidos pelo zika. Disponível em: <<http://m.agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-02/paises-com-surto-de-zika-devem-autorizar-aborto-defende-onu>>. Acesso em: 14 out. 2019.

MADEIRA DA COSTA, Yasmin Maria Rodrigues. O significado ideológico do sistema punitivo brasileiro. Revisão de Paulo Guanaes e Roberto Teixeira. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

MARCONDES, Carlos Brisola; XIMENES, Maria de Fátima Freire de Melo. Zika virus in Brazil and the danger of infestation by *Aedes (Stegomyia)* mosquitoes. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.49, n.1, jan./fev.2016.

MARTINES, Fernando. Governo Federal condiciona pensão por Zika a desistência de ação judicial. *Consultor Jurídico*, set. 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-set-05/bolsonaro-condiciona-pensao-zika-desistencia-acao-judicial>. Acesso em: 14 out. 2019

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Revista de Cultura e Política*, São Paulo. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002)>. Acesso em: 15 out. 2019

MOHALLEM, Michael; SOARES, Marianna. Zika, aborto e autonomia da mulher. *Justiça e Cidadania*, mar. 2016

MIGALHAS. Marco Aurélio: Decisão histórica do STF permite aborto de feto anencéfalo. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/Quentes/17,MI221398,51045-Marco+Aurelio+Mello+Decisao+historica+do+STF+permite+aborto+de+feto>>. Acesso em: 16 out. 2019.

MIRABETTE, Julio Fabrini. Manual de direito penal: parte especial: São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011. v.2.

NUNES, M. L et al. Microcephaly and Zika vírus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. *Jornal de Pediatria*, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225555361630012X>>. Acesso em: 6 out. 2019

PAPALEO, Celso Cezar. Aborto e contracepção: a atualidade e complexidade da questão. Rio de Janeiro: Renovar, 1993.

PEREIRA, Viviana Morais. Aborto de fetos com microcefalia: Análise sobre a (in)constitucionalidade de sua descriminalização. Revista de Direito da UNIFACEX: Rio Grande do Norte. fev. 2018.

PINTO, Nádia Regina da Silva. As políticas de saúde na epidemia do Zik vírus: o aborto como direito sexual e reprodutivo da mulher ou direito à vida do nascituro com síndrome congênita neurológica?. Rio de Janeiro, 2017.

PIRES, Livia; FREITA, Larissa; ALMEIDA, Leticia; CUNHA, Livia; TEIXEIRA, Lohayne; CORREA, Marleany; ARAÚJO, Amanda; FORTES, Clarisse. Microcefalia: Semiologia e abordagem diagnóstica. out. 2018. Disponível em: < <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/359/microcefalia%20semiologia%20e%20abordagem%20diagnostica>>. Acesso em 14 out. 2019

PONTES, Felipe. Em parecer, Janot defende aborto para grávidas com vírus Zika. Brasília: Agência Brasil, 2016. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-09/em-parecer-janot-defende-aborto-para-gravidas-com-virus-zika>>. Acesso em 14 out. 2019

QUEIROZ, Amanda Ferraz. ADPF N. 54 e o aborto nos casos de microcefalia. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2017.

REIS, Vilma. Zika vírus e a autonomia da mulher sobre o aborto. mar. 2016. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/zika-virus-e-a-autonomia-da-mulher-sobre-aborto/16387/>>. Acesso em: 14 out. 2019

SILVA, Áurea Carolina de Freitas e. Aborto: 5 razões para legalizar. jun. 2018. Disponível em: < <http://midianinja.org/gabinetona/aborto-5-razoes-para-legalizar/>>. Acesso em: 15 out. 2019

TESSARO, Anelise. Aborto Seletivo. 2ed. Curitiba: Juruá, 2008.

VASCONCELOS, P.F.C. A contribuição do Instituto Evandro Chagas. BRASIL. Ministério da Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Gestão da gravidez no contexto da infecção pelo vírus Zika: Orientações provisórias. Disponível em: < [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204520/WHO\\_ZIKV\\_MOC\\_16.2\\_por.pdf;jsessionid=286F22DC50650F0CD2CB76AF123D42E5?sequence=5](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204520/WHO_ZIKV_MOC_16.2_por.pdf;jsessionid=286F22DC50650F0CD2CB76AF123D42E5?sequence=5)>. Acesso em 16 out. 2019

**COORDENADORIA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

---

**TERMO DE AUTENTICIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA  
PUBLICAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Eu, Gabriella Vilela Ozores

**Aluno(a), regularmente matriculado(a), no Curso de Direito, na disciplina do TCC da 10ª etapa, matrícula nº 4144373-1, Período Matutino, Turma D, tendo realizado o TCC com o título: ABORTO COMO UM DIREITO REPRODUTIVO E SEXUAL DA MULHER: uma abordagem em face ao Zika vírus**

**sob a orientação do(a) professor(a): Ms. Lia Cristina Campos Pierson**

**declaro para os devidos fins que tenho pleno conhecimento das regras metodológicas para confecção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), informando que o realizei sem plágio de obras literárias ou a utilização de qualquer meio irregular.**

**Declaro ainda que, estou ciente que caso sejam detectadas irregularidades referentes às citações das fontes e/ou desrespeito às normas técnicas próprias relativas aos direitos autorais de obras utilizadas na confecção do trabalho, serão aplicáveis as sanções legais de natureza civil, penal e administrativa, além da reprovação automática, impedindo a conclusão do curso.**

São Paulo, de de .

---

Assinatura do discente

**COORDENADORIA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

---

Material Bibliográfico: ( X ) Artigo Científico ( ) Monografia

Graduação em Direito

Título do Trabalho: ABORTO COMO UM DIREITO REPRODUTIVO E SEXUAL DA MULHER: uma abordagem em face ao Zika vírus

Nome do Autor(a): Gabriella Vilela Ozores

E-mail: gabiozores @hotmail.com

Este e-mail pode ser divulgado ( X ) SIM ( ) NÃO

Orientador(a): Lia Cristina Campos Pierson

Na qualidade de titular dos direitos autorais da publicação supracitada, de acordo com a Lei nº 9.610/98, ( X ) AUTORIZO ( ) NÃO AUTORIZO a Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM, a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o documento, em meio eletrônico, no *site* da base de dados Adelpha, para fins de leitura pela internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, a partir desta data. Igualmente, declaro que a versão do Trabalho de Conclusão de Curso entregue em meio eletrônico corresponde fielmente e na íntegra à versão similar depositada de forma impressa em papel para a defesa ou apresentação.

São Paulo, de de .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Autor(a)